

طلب تجديد تأمين صحي جماعي Group Renewal Application Form



- Application once accepted, becomes part of the policy document.
- Form to be completed in **CAPITAL LETTERS**.
- Kindly refer to the attached existing data and update the information.
- Please fill the census and plan(s) required for the renewal purpose.
- Abu Dhabi Plan is applicable only for residents living and/or working in the Emirate of Abu Dhabi.

- الاستمارة المقبولة جزء من وثيقة التأمين.
- يرجى الكتابة بخط واضح.
- يرجى الرجوع للبيانات الحالية المرفقة وتحديث المعلومات.
- يرجى تعبئة الإحصائية والبرامج المطلوبة للتجديد.
- يطبق برنامج أبوظبي فقط على المقيمين وأو العاملين داخل إمارة أبوظبي.

A. Existing Plan(s)

أ. البرنامج / البرامج الحالية

Current Policy Number:

رقم وثيقة التأمين الحالية :

Policy Effective Date (day/month/year):

تاريخ بدء سريان وثيقة التأمين (يوم/ شهر/ سنة):

Policy Expiry Date (day/month/year):

تاريخ انتهاء وثيقة التأمين (يوم/ شهر/ سنة):

Process Reference Number:

رقم المعاملة:

Plan (Inpatient and Outpatient)	عدد الموظفين Number of Employees	عدد المعالين Number of Dependents		الأطفال Children	إجمالي عدد الأعضاء Total Number of Members	البرنامج (الإقامة داخل المستشفى والعلاج في العيادات الخارجية)
		Spouse الزوج/الزوجة				
		أنثى Female	ذكر Male			
<input type="checkbox"/> Abu Dhabi						<input type="checkbox"/> أبوظبي
<input type="checkbox"/> UAE Plan						<input type="checkbox"/> برنامج الإمارات
<input type="checkbox"/> Regional Plan						<input type="checkbox"/> البرنامج الإقليمي
<input type="checkbox"/> International Plan						<input type="checkbox"/> البرنامج الدولي
<input type="checkbox"/> Global Plan						<input type="checkbox"/> البرنامج العالمي
<input type="checkbox"/> Others						<input type="checkbox"/> أخرى

If the renewal is based on existing plans, please disregard Section C. Otherwise please give details of required changes in Section C.

إذا كانت حالة الإحصائية كما هي وسوف يتم التجديد وفقاً للبرامج الحالية، يُرجى ترك القسم (ج)، وإلا الرجاء إعطاء التفاصيل في القسم (ج).

B. Company Information

ب. معلومات خاصة بالشركة

Company Name:

اسم الشركة:

Nature of Business:

طبيعة نشاط الشركة:

Company Address:

عنوان الشركة:

Emirate:

P.O. Box:

ص.ب:

الإمارة:

Billing Address:

عنوان إرسال الفواتير:

Phone Number:	رقم الهاتف:
Fax Number:	رقم الفاكس:
Contact Person:	اسم الشخص المسؤول:
Designation:	الوظيفة:
Mobile Number:	رقم الهاتف المتحرك:
Company Trade License Number (required to attach copy):	رقم الرخصة التجارية للشركة (يرجى إرفاق نسخة):
Total Number of Employees:	إجمالي عدد الموظفين:
E-mail:	البريد الإلكتروني:

Have you and/or any of your sister companies, ever applied for insurance to Daman directly or through any third party (broker) and have you ever received any quotation from Daman? If yes, please provide details:

هل قامت شركتكم و/ أو أي من الشركات التابعة لكم بالتسجيل من قبل في التأمين الصحي لدى الشركة الوطنية للضمان الصحي (ضمان) بطريقة مباشرة أو عن طريق طرف ثالث (وسيط)، وهل سبق واستلمتم لائحة أسعار من قبل الشركة الوطنية للضمان الصحي (ضمان)؟ إذا كان الجواب نعم، الرجاء إعطاء التفاصيل:

Number of Nationals employed by your organization: الرجاء ذكر عدد الموظفين من المواطنين في الشركة:

C. Change in Plan(s) - Amendment in Existing Coverage

ج. التغيير في البرنامج/البرامج - التعديل في التغطية الحالية

Plan (Inpatient and Outpatient)	مبلغ التحقل (درهم) Deductible (AED)	عدد الموظفين Number of Employees	عدد المعالين Number of Dependents			إجمالي عدد الأعضاء Total Number of Members	مزاي إضافية Additional Benefits	البرنامج (الإقامة داخل المستشفى والعلاج في العيادات الخارجية)
			الزوج/الزوجة Spouse		الأطفال Children			
			أنثى Female	ذكر Male				
<input type="checkbox"/> UAE Plan	لاشيء <input type="checkbox"/> Nil 30 <input type="checkbox"/> ٣٠ 50 <input type="checkbox"/> ٥٠					Dental <input type="checkbox"/> الأسنان Maternity* <input type="checkbox"/> الحمل والولادة Optical <input type="checkbox"/> الخدمات البصرية	<input type="checkbox"/> الإمارات	
<input type="checkbox"/> Regional Plan	لاشيء <input type="checkbox"/> Nil 30 <input type="checkbox"/> ٣٠ 50 <input type="checkbox"/> ٥٠					Dental <input type="checkbox"/> الأسنان Maternity* <input type="checkbox"/> الحمل والولادة Optical <input type="checkbox"/> الخدمات البصرية	<input type="checkbox"/> الإقليمي	
<input type="checkbox"/> International Plan	لاشيء <input type="checkbox"/> Nil 50 <input type="checkbox"/> ٥٠					Dental <input type="checkbox"/> الأسنان Maternity* <input type="checkbox"/> الحمل والولادة Optical <input type="checkbox"/> الخدمات البصرية	<input type="checkbox"/> الدولي	
<input type="checkbox"/> Global Plan	لاشيء <input type="checkbox"/> Nil 50 <input type="checkbox"/> ٥٠					Dental <input type="checkbox"/> الأسنان Maternity* <input type="checkbox"/> الحمل والولادة Optical <input type="checkbox"/> الخدمات البصرية	<input type="checkbox"/> العالمي	
<input type="checkbox"/> Others						Dental <input type="checkbox"/> الأسنان Maternity* <input type="checkbox"/> الحمل والولادة Optical <input type="checkbox"/> الخدمات البصرية	<input type="checkbox"/> أخرى	
Total Number of Plans							إجمالي عدد البرامج	

- Please submit an updated list of beneficiaries as per MS Excel Sheet provided in the CD for each plan.
- Date of commencement of Cover: From: / / To: / / (coverage period is granted for 12 months renewable).
- Maternity is a compulsory requirement for married females working/residing in Abu Dhabi.

- يرجى تزويدنا بأي تعديلات (حذف أو إضافة) لكل برنامج باستخدام الجدول الإلكتروني الموجود على القرص المدمج.
- تاريخ بداية التغطية من: / / إلى: / / (فترة التغطية هي ١٢ شهر قابلة للتجديد).
- تغطية الحمل والولادة إلزامية للإناث المتزوجات العاملات/المقيمات في إمارة أبوظبي.

D. Mode of Payment

د. طريقة الدفع

<input type="checkbox"/> Cheque	<input type="checkbox"/> Bank Transfer	<input type="checkbox"/> Cash
Payment Options** (for groups > 100)		
<input type="checkbox"/> Annual (Advance)	<input type="checkbox"/> Semi-Annual	<input type="checkbox"/> Quarterly
(Subject to Prior Approval and applicable only for Enhanced Plans)		

** Charges apply for payment options (semi annual payment = 3%), (quarterly payment = 3.25%) on the Gross premium.

<input type="checkbox"/> شيك	<input type="checkbox"/> تحويل بنكي	<input type="checkbox"/> نقداً
** خيارات الدفع (للمجموعات الأكثر من 100)		
<input type="checkbox"/> سنوي (مقدماً)	<input type="checkbox"/> نصف سنوي	<input type="checkbox"/> ربع سنوي
(يخضع للموافقة المسبقة ويطبّق للبرامج المعززة فقط)		

** ستطبق رسوم إضافية لهذه الخيارات (نصف سنوي= 3%)، (ربع سنوي=3.25%) من إجمالي الأقساط المستحقة.

E. Bank Details

ه. معلومات البنك

Bank Name:	اسم البنك:
Branch:	الفرع:
Account Number:	رقم الحساب:
Account Type:	نوع الحساب:

F. Members and Dependents Age Bands (For Basic and Enhanced)

ف. أعمار طالبي التأمين والمعاليين (البرنامج الأساسي والبرنامج المعزز)

Please attach "Age Bands" form, attached at the end of document.

الرجاء إرفاق جدول الأعمار، مرفق في آخر الطلب.

Declaration

تعهد

I/We hereby declare with respect to both, myself and my employees/dependents that to the best of my knowledge and belief, the statements on the application are full, true and correct and have declared all material facts related to this application.

(أنا/نحن) الموقع أدناه أصرح عن نفسي ونيابة عن الموظفين/المعاليين بأنه على حد علمي واعتقادي بأن المعلومات المقدمة من قبلي في هذه الاستمارة صحيحة وكاملة وبأنه تم التصريح عن كل المعلومات المطلوبة.

I/ We understand that non-disclosure or misrepresentation of any material fact (including but not limited to medical declaration) may invalidate the quoted terms/the health insurance policy and/or coverage of any undeclared medical conditions.

(أنا/نحن) أقر بأنني على إدراك بأن عدم التصريح عن المعلومات المطلوبة أو تقديم معلومات خاطئة (بما في ذلك لكن دون حصر التصاريح الطبية) سوف يؤدي إلى إلغاء عرض السعر / وثيقة التأمين الصحي و/أو تغطية أي حالات طبية غير معلن عنها.

I/We agree that all the documents issued in connection with the policy shall be read together.

(أنا/نحن) أوافق على وجوب قراءة كل الوثائق ذات العلاقة بالوثيقة.

If my application gets accepted, I/we agree to be bound by the terms and conditions of the policy. I/We hereby authorize any Doctor, Hospital, Clinic or Medical Provider, any Insurance Company or any other Company, Institution or any other person who has any record or information about me and/or any of my dependants/employees to provide National Health Insurance Company – Daman, with the complete information, including copies of their records with reference to any sickness or accident, any treatment, examination, advice or hospitalization or any other medical information required by National Health Insurance Company – Daman.

في حالة موافقة الشركة الوطنية للضمان الصحي – ضمان على الطلب، (أوافق/نوافق) على الالتزام ببند وشروط الوثيقة. (أنا/نحن) أخول أي طبيب أو مستشفى أو عيادة أو مزود لخدمات الرعاية الصحية، أو أي شركة تأمين أو أي شركة أو مؤسسة أخرى أو أي شخص يمتلك ملفات طبية أو معلومات عن الحالة الصحية الخاصة بي أو الموظفين/المعاليين وأعطيتهم الحق بتقديمها كاملة للشركة الوطنية للضمان الصحي – ضمان، والسماح لضمان بالحصول على نسخ من الملفات الطبية فيما يخص أي مرض أو حادث أو علاج أو تحليل أو إقامة في المستشفى أو معلومات طبية قد تطلبها الشركة الوطنية للضمان الصحي – ضمان.

The Coverage of Health Services provided by the National Health Insurance Company – Daman is described in the Policy Wording. By signing this form, I/we acknowledge that I/we read, understood and agree to the terms and conditions as stated in the Policy Wording.

إن تغطية الخدمات الصحية المقدمة من قبل الشركة الوطنية للضمان الصحي – ضمان مفصلة في نص الوثيقة. وبالتوقيع على هذا الطلب، (أنا/نحن) نقر بالقراءة، الفهم والموافقة على البنود والشروط المذكورة في نص الوثيقة.

I/We agree that after acceptance of the quoted premiums in the quotation, I/we shall be liable to pay all the premiums to National Health Insurance Company – Daman as per the specified and selected plan of our choice.

I/We also declare with respect to my salary/salary of all the employees applying for the basic product are receiving the salaries of AED 4,000 monthly with accommodation; or up to AED 5,000 without accommodation.

The Health Insurance Policy shall be valid for one year. The Premium amount for the issued Basic Plan (AED 600) is non-refundable for each and every member (as per Health Insurance Law 23, Article 6.4).

I/We the undersigned, acknowledge that providing any false data to obtain the Basic Health Insurance card will lead to the following legal consequences:

1. The insurance company may invalidate the Basic Health Insurance card which was issued based on false information.
2. Premium of invalidated Basic Health Insurance card is Non-Refundable (Health Insurance Law 23, Article 6.4)
3. The employer and/or sponsor, who provided false information, as mentioned in (1), must immediately purchase an Enhanced Plan instead of the invalidated Basic Plan.
4. Providing false or untrue information by the employer and/or sponsor to obtain the Basic Health Insurance card shall be considered a violation of Health Insurance Law No. 23/2005 of the Emirate of Abu Dhabi and its Executive Regulation No. 25/2006, and applicable to violation rule No. 23 from schedule (4).

I/We understand that delay in renewal of the policy may result in loss of continuity of coverage.

*Note: For Applicants based outside Abu Dhabi:

“ I/We am/are aware that under the provisions of the Health Insurance Law No. 23/2005 and its Executive Regulation No. 25/2006, for any members residing or working in the Emirate of Abu Dhabi, the National Health Insurance Company- Daman should be provided with proof of previous insurance coverage (continuity of coverage certificate). I/We undertake and declare that I/we will continuously disclose to the National Health Insurance Company - Daman those employees who reside or work in the Emirate of Abu Dhabi for the purposes of compliance with the health insurance regulations of the Emirate of Abu Dhabi.”

Note: Applicable for Top-up Plan holders only:

Only those individuals that are thiqqa members are eligible to apply/enroll under a Top-Up Plan. As per current regulations, thiqqa members should not have existing insurance coverage with benefits similar to that of their current thiqqa benefits.

أوافق/نوافق على أنه بقبولنا قسط التأمين المدرج في عرض الشركة فإننا نتعهد بسداد قسط التأمين للشركة الوطنية للضمان الصحي - ضمان حسب البرنامج الذي قمنا بتحديدده واختياره.

أنا/نحن) أصرح عن نفسي ونيابة عن وجميع الموظفين المشمولين في برنامج أبوظبي بأني أتقاضى/نتقاضى راتباً شهرياً قدره ٤,٠٠٠ درهم مع بدل سكن أو يصل إلى ٥,٠٠٠ درهم بدون بدل سكن.

مدة وثيقة الضمان الصحي الأساسية سنة ميلادية، وسعر بطاقة الضمان الصحي الأساسية الصادرة بموجبه ٦٠٠ درهم غير قابلة للاسترداد وفقاً للفقرة (٤) من المادة (٦) من قانون الضمان الصحي رقم ٢٣/٢٠٠٥ ولائحته التنفيذية في إمارة أبوظبي.

أنا/نحن الموقعون أدناه، نقتر بعلمنا بأن تقديم أية بيانات غير صحيحة للحصول على بطاقة التأمين الصحي الأساسية سيؤدي إلى ما يلي من التبعات القانونية:

١. لشركة التأمين الحق في إلغاء بطاقة التأمين الصحية الأساسية التي تم إصدارها بناءً على معلومات مغلوطة.
٢. قسط بطاقة التأمين الصحي الأساسية الملغاة غير مُستردّ القيمة حسب الفقرة رقم (٤) من المادة (٦) من القانون رقم ٢٣/٢٠٠٥ بشأن الضمان الصحي بإمارة أبوظبي، ولائحته التنفيذية.
٣. يتوجب علي صاحب العمل و/ أو الكفيل الذي قام بتقديم معلومات مغلوطة وفقاً لما تم ذكره في (١) أعلاه، أن يبادر فوراً بشراء تأمين معزز بدلاً عن البطاقات الأساسية الملغاة.
٤. تقديم معلومات مغلوطة أو غير صحيحة من قبل صاحب العمل و/ أو الكفيل للحصول على بطاقة الضمان الصحي الأساسية، يُعدّ مخالفة للقانون رقم ٢٣/٢٠٠٥ بشأن الضمان الصحي بإمارة أبوظبي ولائحته التنفيذية رقم ٢٥/٢٠٠٦، وينطبق عليها حكم المخالفة رقم ٢٣ من الجدول رقم (٤) المرفق باللائحة.

أنا/ نحن أقرّ بأن أي تأخير عن موعد تجديد الوثيقة يمكن أن يؤدي إلى فقدان استمرارية التغطية.

*ملاحظة: لمقدمي الطلبات خارج أبوظبي:

«أنا/نحن أدرك بأنه بموجب أحكام قانون التأمين الصحي رقم ٢٣/٢٠٠٥ ولائحته التنفيذية رقم ٢٥/٢٠٠٦، ينبغي على أي من الأعضاء المقيمين أو العاملين في إمارة أبوظبي، تقديم إثبات على التغطية التأمينية السابقة (شهادة باستمرارية التغطية) للشركة الوطنية للضمان الصحي - ضمان. أنا/ نحن نتعهد ونعلن بأن نكشف باستمرار للشركة الوطنية للضمان الصحي - ضمان عن هؤلاء الموظفين الذين يقيمون أو يعملون في إمارة أبوظبي لغرض الامتثال لأنظمة التأمين الصحي في إمارة أبوظبي.»

ملاحظة: ينطبق على حاملي برنامج ثقة الإضافي فقط:

الأفراد الذين هم أعضاء في برنامج ثقة سيكونون فقط المؤهلين للتسجيل ضمن برنامج ثقة الإضافي. حسب اللوائح الحالية، لا يجوز للأعضاء أن تكون لديهم تغطية تأمينية ذات منافع مماثلة للمنافع الحالية ضمن برنامج ثقة.

By signing this application, I/We declare:

1. that to the best of knowledge I am/ we are existing thiqa member(s);

بالتوقيع على هذا الطلب، أنا/نحن نصرّح بالتالي:
١. بأنه على حد علمي، أنا/نحن أعضاء حاليين في برنامج ثقة.

2. that I/we do not hold any other type of insurance cover other than thiqa;

٢. أنا/نحن لا نحمل أي تغطية تأمينية أخرى بخلاف برنامج ثقة.

Name:

الاسم:

Job Designation:

المسمى الوظيفي:

Signature & Company Stamp:

Date:

التاريخ:

التوقيع والختم:

For Daman Use Only

لاستخدام ضمان فقط

Sales Agent Name:

اسم موظف المبيعات:

Signature:

التوقيع:

Notes:

ملاحظات:

Date:

التاريخ:

National Health Insurance Company - Daman

PO Box: 128888

Abu Dhabi, UAE

Phone: 800 4 DAMAN (32626)

Fax: +971 2 6149 775

Website: www.damanhealth.ae

National Health Insurance Company – Daman (PO Box: 128888, Abu Dhabi, U.A.E. Tel No. +97126149555 Fax No. +97126149550)

Doc Ctrl No.: F/TD-036	Version No.: 1	Revision No.: 0	Date of Issue: 10/03/2011	Page No(s): 5 of 6
------------------------	----------------	-----------------	---------------------------	--------------------

Age Bands Form

جدول الأعمار



Age	اسم البرنامج:			اسم البرنامج:			اسم البرنامج:			اسم البرنامج:			العمر
	Plan Name:	Plan Name:	Plan Name:	Plan Name:	Plan Name:	Plan Name:	Plan Name:	Plan Name:	Plan Name:	Plan Name:	Plan Name:		
	ذكر Male	أنثى Female	الحمل والولادة* Maternity*	ذكر Male	أنثى Female	الحمل والولادة* Maternity*	ذكر Male	أنثى Female	الحمل والولادة* Maternity*	ذكر Male	أنثى Female	الحمل والولادة* Maternity*	
(00-15)													(10-00)
(16-20)													(16-20)
(21-25)													(21-25)
(26-30)													(30-26)
(31-35)													(35-31)
(36-40)													(40-36)
(41-45)													(45-41)
(46-50)													(50-46)
(51-55)													(55-51)
(56-60)													(60-56)
(61-65)													(65-61)
(66-99)													(99-66)

* Number of married females

* عدد الإنثاء المتزوجات